终末期患者缓和医疗共同管理模式

阎格[1] 宁晓红[2]

1 中国医学科学院北京协和医学院 群医学及公共卫生学院，北京 100006

2 中国医学科学院北京协和医院 老年医学科，北京 100730

通讯作者：宁晓红 电话：13520934733 电子邮箱：ningxh1973@foxmail.com

【摘要】缓和医疗共同管理，指的是缓和医疗团队在患者病程早期进行缓和医学干预，与患者的主治团队共同给予照护，在治疗疾病的同时减少非必要的痛苦，从而维护患者的生命质量及尊严。在患者病程早期实现缓和医疗共管可提高患者生存期、改善医患关系、更有效使用卫生资源。在医院内，缓和医疗照护的启动依赖于会诊模式，对共管模式缺乏探索与实践，时常错过缓和医疗介入的最佳时机，已有的缓和医疗资源未充分发挥作用。本文通过阅读文献，结合国外地区的相关经验，总结了缓和医疗共同管理模式以及缓和医疗团队的责任，强调其重要意义。

【Abstract】Integrative Palliative Care is the early intervention of palliative medicine for patient with serious illness, and jointly providing care with patient's primary care team, reducing unnecessary suffering while receiving conventional treatment, thereby increasing the quality of life and maintain the dignity of the patient. Early palliative care intervention has positive impact on patient survival, doctor-patient relationship, and the effectively use of healthcare resources. Currently, palliative care in hospitals is heavily primary care team initiated, which leaves room for improving in timely palliative care delivery and effectively use of palliative care resources. This article summarizes the existed integrative palliative care model and the responsibilities of the palliative care team by reviewing literature and real-life experience, to emphasize the significance of it.

关键词：缓和医疗、共同管理、会诊

Key Words: Palliative Care, Integrative Care, Consultative Model

1. *缓和医疗参与的共同管理*

根据世界卫生组织的定义，缓和医疗（Palliative Care）是一种提供给患有危及生命疾病的患者和家庭的，旨在提高他们的生活质量及面对危机能力的系统方法[1]。缓和医疗通过对身、心、社、灵的痛苦进行早期识别与管理，帮助患者增进生命品质与尊严，直至生命最后一刻。同时，缓和医疗通过沟通与支持性的整体照护（holistic care），照顾与满足患者与家人的心理、精神需求。缓和医疗强调所有照护应当是以“患者”为中心展开的“五全”整体照护[2]。“五全”指的是全人照护（患者身、心、社、灵的整体照护）；全家照护（家属身、心、社、灵的整体照护）；全程照护（照护覆盖疾病的全周期，包括患者去世后为家属进行丧亲支持）；全队照护（凡事患者需要的成员，都是缓和医疗团队的一部分）；全心照护（积极寻找对患者有益的照护方法）。为了及时满足患者以上缓和医疗需求，除了在医院内建立缓和医疗病房收治所有需要的患者，还可以通过门诊、会诊、共同照护等多样的照护模式，在患者原来的照护条件下，得到一定程度缓和医疗的帮助[3]。

共同管理，又称 integrated care，也称 coordinated care，旨在通过多学科、多中心、多科室的合作，为患者及家属随时随地提供及时的、合适的医疗照护[4]。世界卫生组织将共同管理定义为“为患者长期以来不同程度上的、连续的预防和治疗照护需求，而提供的医疗服务与管理”。在医院里，有缓和医疗需求的患者分布在各个科室，包括肿瘤科、妇产科、老年医学科、呼吸与危重症科、急诊、重症监护室（ICU）等。在过去，医院内缓和医疗的启动严重依赖于会诊模式，这将导致错过缓和医疗的最佳介入时机，已有的缓和医疗资源也未充分发挥作用[5]。早在 2012 年，McCormick 就指出患者的原治疗团队应该紧密地与缓和医疗团队合作，为这些患者及家属提供全面的、个性化的综合照护和支持[6]。2018 年，世界卫生组织也发布了将缓和医疗全面融入初级医疗保健系统的指南，并指出大多数由危及生命的疾病造成的痛苦，都可以得到缓解，只需要经过专业培训的缓和医学科医务人员开具安全有效的药物[7]。共同管理的目的绝不是让患者放弃原有的治疗，而是在病程早期进行缓和医疗的干预，在治疗疾病的同时减少患者遭受非必要的，或过度医疗的痛苦，从而维护患者的生命质量以及生命尽头的尊严。

2. *共同管理的意义*

患者的原治疗团队与缓和医学科合作实施共同管理模式，对患者、家属、医护人员以及医疗系统有着多重意义。对患者来说，共同管理可以早期识别患者的缓和医疗需求，减少过度医疗带来的非必要痛苦，从而提高患者的生存期[8]。研究发现，与只在终末期才接受缓和医

疗的肿瘤病人相比，进行早期干预的患者更少出现抑郁情绪，身心健康与生活质量都有显著的提高，而这些都是影响生存期的重要因素[9]。

因慢性肺病导致器官衰竭而气短、呼吸困难的患者，时常因为恐惧症状发生而切段与社会的联系，长久以来无法控制的焦虑与抑郁也会加重症状发生频率[10]。这类患者在控制疾病的同时也可以加入缓和医疗，通过药物控制与呼吸练习减少呼吸困难的发生，让患者不在恐惧，同时减少急诊就诊次数，患者的死亡率也会明显降低[11]。另外，许多患者被送进 ICU 时，已经失去了沟通能力，无法作出任何医疗决定，早期缓和医疗干预能帮助患者提前预立照护计划，照护目标与偏好，在疾病全周期都能按照自己的意愿接受医疗照护。在共同管理模式下，缓和医疗团队可以及时为患者进行安宁疗护病房的转诊，或者为患者办理临终出院，让患者在更加舒适的环境，舒适地走向生命终点。

对患者家属来说，共同管理可以加强与家属的早期沟通[12]，从而建立良好的，相互信任的医患关系，增加患者及患者家属的配合度。研究表示，当患者疾病发展至终末期时，家属与照护者的压力随之加剧，增加压力的正是对疾病认知不清、手足无措，以及外部支持的缺失[13]。在与家属沟通时，及时的告知疾病进展[4]，给予家属时间消化信息，表达情绪，可以有效减轻患者家属的心理负担，缓解抑郁情绪。早期进行缓和医疗干预能让患者家属提高陪伴、照顾、支持患者的信心，完善的疾病教育也可以减少患者家属身体健康下降的风险[14]。

对医护人员来说，缓和医疗团队的介入可以有效减少原治疗团队在面对终末期患者时的倦怠无力感，以及在面对家属与复杂医疗决策时产生的道德压力。黄桃英（2023）发现，在中国，家属的共享决策能力水平整体偏低，参与决策的类型以被动型为主[15]，意味着大多数人更希望有专业知识的医护人员作出复杂医疗决定。医护人员临床决策负担较重，但患者家属满意度并不高，往往会带来投诉、纠纷、医患关系紧张，从而加剧医护人员的职业倦怠。另外，受传统观念影响，有时家属希望医护人员向患者隐瞒病情，将大病说成小病，医生医疗决策沟通，护士用药、疾病教育、出院教育等专业工作几乎无法展开[16]，这一现在中国非常普遍，严重影响患者照护质量，导致医护人员的道德压力水平极高。缓和医疗团队可以帮助原治疗团队与患者及家属进行沟通，弥补对患者在症状管理与心理支持上的缺失，甚至避免发生医（护）患矛盾，在照护患者的同时也保护了医护人员的人身安全与心理健康。

对医疗系统来说，相对于设立单独的缓和医学科室，共同管理模式更加有效利用医疗资源，减少医疗成本，同时提高患者对医疗服务的满意度。研究显示，缓和医疗介入可以显著减少患者的住院时间，这是因为缓和医疗可以带来更多照护的选择，例如居家照护、社区照护，

或安宁疗护病房[17]。有两项研究通过经济成本的结果数据，均发现有缓和医疗干预的患者在医疗花销上更具有成本效益，主要得益于住院率与急诊就诊次数降低[17, 18]。另外，经过缓和医疗干预的患者质量调整寿命年（The quality-adjusted life-year）相对提高，与缓和医疗干预显著相关[17]。质量调整寿命年是衡量健康结果价值的一个重要指标，该参数可用于比较任何治疗的成本效益。

3. 共同管理下缓和医学的参与方式

Han（2023）等人总结了癌症患者住院时期缓和医疗介入的四个模式[19]。传统会诊和触发性会诊模式，是医院内最常见的两种缓和医疗进入患者临床照护的形式。前者缺少会诊准入标准，完全由主治医生自行决定是否发起缓和医疗会诊，然而有许多因素影响是否发起会诊，包括医护人员对缓和医疗的了解程度与看法，目前还有许多医生对缓和医疗持怀疑态度，导致会诊率不够理想[5]。后者是在前者的基础上，制定了更具体的患者筛查识别标准，一旦各科室的患者符合筛查标准，主治医生将主动发起缓和医疗会诊[20]。筛查的时间也很重要，第一轮筛查应发生在患者就诊或入院时，第二轮筛查应发生在查房时。研究发现，62%的肿瘤科医生认为触发会诊模式极大增强了照护水准，增加安宁缓和医疗的利用率，护士也认为筛查工作可以融合在已有的标准工作流程内，操作简易。对患者来说，会诊也能改善患者痛苦症状，减少住院时间，降低医疗费用与再次入院率。

共同管理与会诊模式最大的区别在于谁是开具医嘱与医疗决策的主体。在会诊模式下，仍然是患者的主治医生负责开具医嘱以及医疗决策。在共同管理模式下，缓和医学科医生将成为患者的共同主治医生，与原主治医生共同为患者做治疗与照护计划。共同管理也分为两种模式。第一，共同查房照护模式，患者照护团队由原治疗团队与缓和医疗团队组成，两个团队从病程早期开始同时参与患者的查房工作、医疗决策、家庭讨论，以及症状控制[21]。在这种模式里，患者的缓和医疗需求通过缓和医疗团队做病例回顾与查房时筛查识别，有效避免缓和医疗干预太迟的风险，也保证患者出院后的缓和医疗持续性。第二，缓和医学科主导管理模式，当患者被评估为不适合接受治愈疾病的积极治疗，痛苦症状复杂且难以管理，则直接收治缓和医学科病房。后者的弊端在于，医院必须设立单独的缓和医学科室与缓和医疗病房。

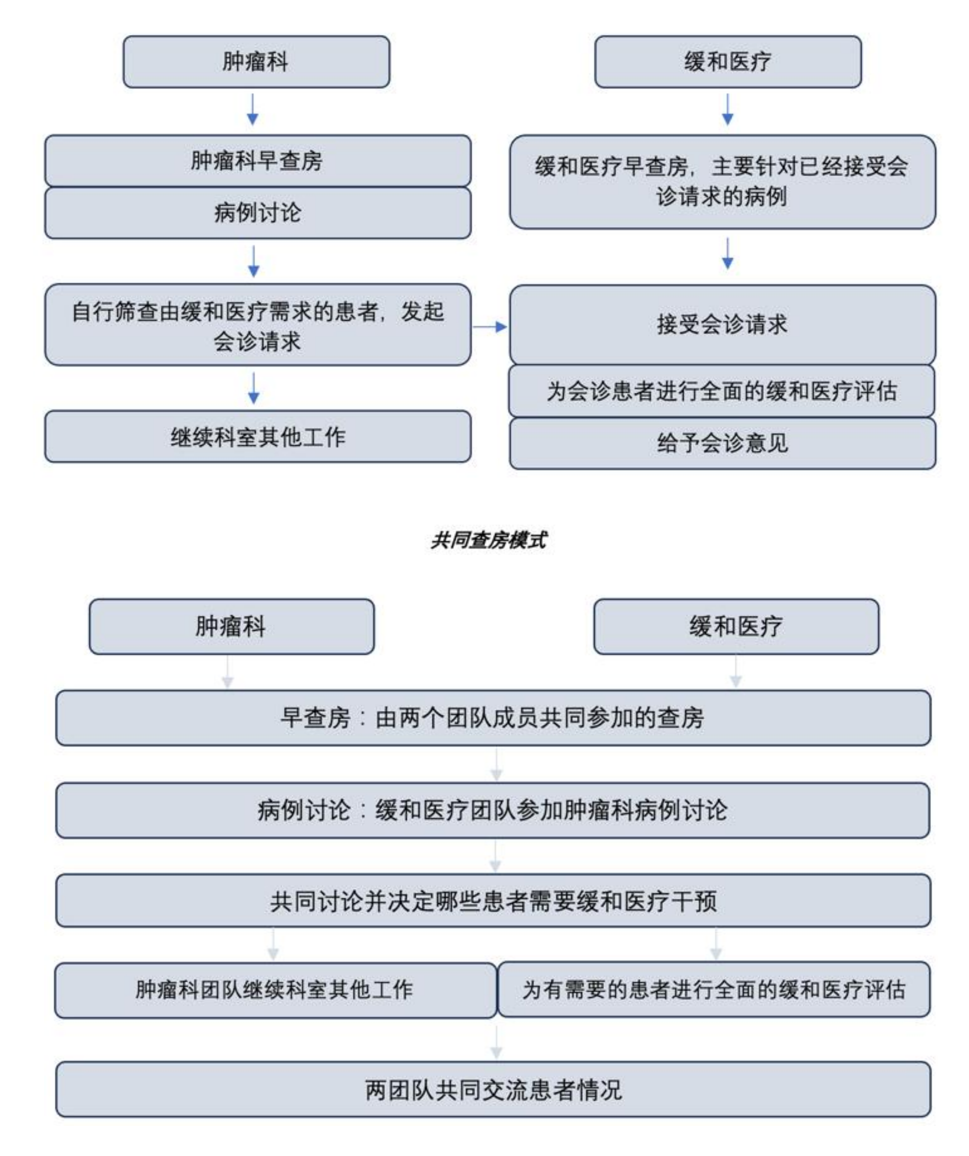


图1　传统会诊模式与共同查房模式比较，根据Yang（2017）的模型翻译

来自新加坡的研究学者 Yang（2017）等人图示了肿瘤科-缓和医疗会诊模式与共同查房模式的工作流程[22]。如图 1 所示，在会诊模式中，两个团队几乎没有直接交流互动，会诊请求直接通过电子会诊单发出，会诊意见也是通过更新电子病例返回。在共同查房模式中，一位缓和专科医生与护士加入肿瘤科查房，从早上查房，到病例讨论、患者需求沟通、决定哪些患者需要缓和医疗干预，都由两个团队共同讨论完成。Yang 等人发现，对比会诊模式，共同查房模式能进一步缩短患者的住院时长，主要因为该模式让缓和医疗团队的参与更加及时，更有效的解决任何突如其来的问题，例如患者急性疼痛，患者及家属危机干预等。

4. *共同管理模式中缓和医疗团队的责任*

4.1. *主动对有安宁缓和需要的患者进行筛查*

在会诊模式中，缓和医疗的启动是被动的，只有当原治疗团队对痛苦症状与复杂医疗决策沟通“无计可施”时，才会想到缓和医疗的帮助[23]，但这是已经错过了许多重要医疗决策，家庭讨论的时机，患者也已经遭受很多本可以避免的痛苦。

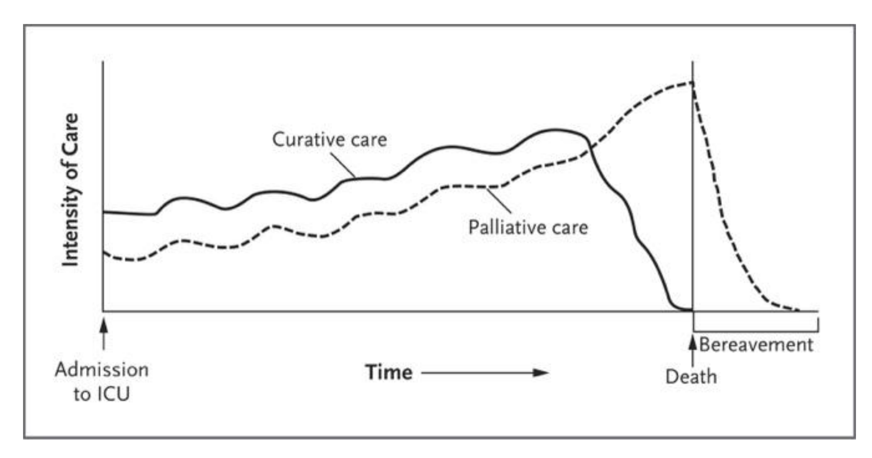


图2 疾病治疗与缓和医疗的相对强度，改编自美国胸腔学会

图 2 显示了在危重疾病不同阶段，共同管理模式中疾病治疗与缓和医疗的相对强度[24]。可以看到，在终末期阶段，治愈疾病的医疗干预强度逐渐减少，缓和医疗的强度慢慢上升，对患者家属的丧亲支持一直持续到患者去世之后。但最重要的是，缓和医疗与治愈疾病的治疗必须同时进行，那么如何才可以及时识别有缓和医疗需要的患者呢？Davila（2023）指出了四条筛查识别路径：第一，各科室通过病例回顾的方式，只要达到一定风险标准的患者，科室应该主动要求缓和医疗的介入，触发共同照护；第二，与各科室共同查房，积极参与到与患者及家属的沟通中，发现缓和医疗需求；第三，缓和医疗会诊；第四，其他科室转诊[25]。缓和医疗团队需要定期进行筛查工作，才可以及时的发现患者未满足的缓和医疗需求。缓和医疗团队需要根据不同疾病来制定筛查标准，评估生理及心理痛苦症状的量表也可以作为工具，帮助医护人员及时发现患者的主观疼痛的感受，及时管理痛苦症状。

4.2. *在病程早期与患者及家属进行沟通*

每位患者对与高质量生命与照护的标注都不一样，这取决于患者的文化背景，教育程度，信仰，以及周围人的态度。另外，很多患者并不知道自己身体的全部状况，许多家人都要求医护人员向其隐瞒事情，这也为之后的医患沟通，医疗干预增加了难度，甚至会引起医患矛

盾与纠纷。其实，坦诚的沟通是患者及家属对生命终末期医疗照护满意度的重要的决定因素，医患间良好的互动是改善照护体验的有效办法[26]。

与缓和及家属的沟通需要包括的内容：首先，充足真实的预后信息是基本组成部分[23]。缓和医疗团队需要把握重要的沟通技巧，让患者及家属充分了解疾病的基本情况以及患者的预后，给予时间让对方处理坏消息以及负面情绪，在对方无法平复心情的情况，支持他们慢慢消化重要的信息，引导患者及家属对病情发展不要出现不切实际的期望。其次，告知医疗干预的益处与风险，确保患者知晓不同的选择所带来的后果，以帮助他们做出医疗决定。最后，沟通重点决策，预立医疗照护计划。这包括照护地点（住院，居家，或者安宁疗护病房）；照护目的（积极治疗，延长生命，或者舒缓照护）；是否进行维持生命的有创抢救干预；是否放弃或停止维持生命的干预；是否有其他关于生命末期的想法（未完成的心愿）；后事的安排。缓和医疗团队需要定期回顾患者的有关决定，了解患者的病情与思想动态变化。缓和医疗团队也应当发挥沟通桥梁的角色，确保患者有参与医疗决策的权利，通过与各科室定期开展多学科会议，保证共同管理团队所有成员在患者的预后、照护目标与偏好、症状评估与控制方法、家属的压力管理策略认知上是一致的，从而减少内部成员在工作中的分歧。

此外，患者家属在面对情况日益严重的患者时，也会出现倦怠、抑郁、PTSD、认知能力与决策能力下降等情况。缓和医疗团队应当积极了解患者的家庭成员结构，收入情况，以及照护资源，发现患者及家属潜在的社会及精神痛苦，识别严重的抑郁表现并及时作出干预，例如有放弃患者，放弃生命的想法或行为。

4.3. 给予出院后、逝后照护

当患者决定不再住院治疗，或者停止疾病治疗时，缓和医疗确保患者有其他照护模式选择，例如居家照护、日间照护，或定期门诊就诊，让患者的痛苦症状仍有得到缓解的可能。一般在疾病终末期，患者会出现疼痛、气短、便秘、腹水、腹泻、水肿、恶性疮口、瞻望等症状。除了开具医嘱对以上症状作预防，医护人员应当在患者出院时需要对患者及家属做疾病和照护教育，告知可能出现的症状，保证照护者学会紧急处理及预防，并有心理承受能力来面对患者的痛苦症状，从而减少患者急诊就诊的次数与再次住院的几率。

缓和医疗的干预是持续到患者去世以后的，这部分的照护也分成“逝后关怀”和“丧亲支持”。逝后关怀的内容包括庄严地、充满关怀地、得体地对待逝者遗体，与家属、丧葬人员、社工保持良好沟通，确保逝者的遗体安全性，在情况允许时最大程度保证患者所爱的人在

遗体身边陪伴。丧亲支持指的是确保患者的家属与照护者有得到心理支持。 例如在新冠疫情期间，许多家庭面临突入其来的亲人过世带来的巨大冲击与困惑，陷入怀疑与绝望，一些家属怀疑是因为防护不当，导致家庭感染，最后患者死亡，会经历内疚，甚至是病理性哀伤。儿童的离世也会成为一个家庭永远的伤疤，父母。父母的悲伤情绪时常伴有精神和身体症状[27]，精神症状包括强烈的悲伤、绝望、无助、孤独、被遗弃和自杀倾向，身体症状包括失眠、食欲不振、混乱、注意力集中困难和强迫性思维。这样的复杂性、病理性哀伤不会在短时间内消失，反而是持续性的[28]，哀伤程度与反应也会根据时间而变化。缓和医疗团队需要发现患者家属病理性哀伤的潜在风险，除了在患者去世前后给予丧亲支持，还需要在后期（患者逝世后 2 至 4 个星期）进行随访[12]，评估家属的恢复程度，保证缓和医疗的完整度。

5. *部分国家医院共同照护经验*

5.1. *新加坡:陈笃升医院*

新加坡陈笃升医院（TTSH）是新加坡公共医疗体系的一部分，隶属于新加坡国家医疗集团。作为新加坡最大的多学科、多中心医院之一，TTSH 拥有超过 1700 张床位，旗下涵盖国家传染病中心(NCID)、老年病学和积极老龄化研究所(IGA)、眼科研究所(NHGEI)和康复中心。早 2015 年，缓和医学科（Department of Palliative Medicine）开始在医院内会诊各科室的患者。其中，缓和医学科-肿瘤科-急症科三角照护模式，为筛查识别高频急诊就诊的，出现疼痛、呼吸困难、恶心和呕吐、精神错乱或肿胀的，或存在潜在的照护困难的转移性肿瘤病人，并为这些患者与家属提供身体、财务、心理支持[29]。在此前，通过急诊科入院的患者在进入病房之前无法获得缓和医疗支持，这种延误可能会延长不必要的痛苦。在三角照护模式下，一旦急诊通过筛查标准发现有缓和医疗需求的患者，可以马上通过电话联系缓和医学科，缓和医疗团队直接在急诊为患者症状作出评估及解决办法。患者在离开急诊后也可以持续在缓和医学科或者医院合作的安宁疗养院接受照护，被评估即将去世的患者会转移到专门的舒适病房，在更安静的环境，在家人的陪伴下走向生命终点。在 2016 年，缓和医学科与肿瘤科也推出了共同查房的管理模式，通过与肿瘤科密切的合作与沟通，对患者的缓和医疗需求早发现、早回顾、早讨论的方式，与其带来更综合的照护，更有效的症状管理[22]。

在新型冠状病毒（COVID-19）感染疫情期间，缓和医学科积极探索缓和医疗在疫情中的角色与责任，寻找与各科室合作的机会，以期优化现有资源的运用与患者的动态监测，帮助更多患者更快的得到适当的医疗照护。缓和医学科与 COVID-19 重症监护室达成战略合作关系[12]，将原有的缓和医学-重症监护室共同照护模式再升级，已符合防控标准。缓和医学科

为在 ICU 的 COVID-19 患者制定了详细的筛查准入标准，其中最重要的三项标准为：(1）心脏骤停后，(2）多器官衰竭，(3）有死亡风险但仍考虑撤出机械通气。只要患者符合其中两项，ICU 医护人员必须启动缓和医疗共同照护。每个星期共同照护团队进行 2-3 次多学科会议，针对有高治疗失败风险，多器官持续衰竭，以及存在并发症的患者制定照护计划。缓和医疗团队在患者家属沟通、撤出机械通气装置的决定与过程、COVID-19 患者转出 ICU、COVID-19 患者逝后照护，以及丧亲支持随访都起到了至关重要的作用。

5.2. 美国:麻省总医院

美国麻省总医院是美国哈佛医学院成立最早、也是规模最大的教学附属医院。麻省总医院的多学科会诊将联合不同科系的医生，为患者带来全面的综合医疗服务。除了门诊、会诊、住院照护、家庭照护，缓和医学科与各科室达成共同管理模式，帮助患者及家属做出有关治疗或改变照护方向的决定。 即使疾病不可能被治愈，缓和医学也强调积极控制症状以促进舒适。重点仍然是对患者和家人的重症监护和支持。 缓和医学医生指导患者的主治医生或常规医生，为患者全方位提高生活质量，而不仅仅是管理疾病。

美国麻省总医院的癌症中心与缓和医学科达成合作，为所有患有危及生命的癌症患者带来全周期的缓和医疗服务。癌症患者在确诊之后就可以立即开启共同管理模式，在做积极的化疗、放疗时也可以接受缓和医疗的干预。除了症状管理，缓和医疗团队还帮助患者和家属确定他们的照护目标并做出治疗选择。所有的照护都是由共同管理团队内的每一位医护人员协作提供。缓和医疗团队本身也是由来自各个医学领域的专家组成，以帮助患者及其家人应对晚期或危及生命的疾病在情感、身体、社会、心理和精神方面的影响。

5.3. 欧洲:拉德堡德大学医学中心

拉德堡德大学医学中心是欧洲最具学术影响力的医学院之一，致力于 “以病人为中心” 及创新的患者照护、科学研究及教育培训。该院校在 2022 年利用欧盟地平线计划所提供的 530 万欧元赠款，与来自欧洲地区的 9 个国家合作伙伴一起研究是否可以将照护从医院平稳过渡到家庭和社区护理，以便患者在家就可以控制症状，享受更高的生活质量。早在 2016 年，该院校就参与到 “缓和医疗共同管理支持计划” ，为指定欧洲地区最佳的综合缓和医疗共同管理实践计划与要求[30]。该计划定义共同管理为 “通过结合行政组织工作与临床照护服务，

以实现接受缓和医疗的患者的照护连续性；通过医护人员的合作，为患者和家人实现更高的生活质量和更好的临终过程 “，最终为患者带来 “一站式” 综合缓和医疗服务。

6. *讨论与结论*

目前，会诊仍然是医院内最常见的缓和医疗团队给予照护的模式，由于没有详细的筛查标准，这种模式严重依赖于患者主治医生对缓和医疗的认知与态度，除非患者主动提起，然而患者对缓和医疗理念的欠缺也限制了缓和医疗实践的可及性。这许多患者的患者医疗需求未被识别，错过缓和医疗干预最佳时机，患者及家属沟通不到位，徒增了许多本可以避免的痛苦。共同照护模式通过与疾病治疗同时开展进行，从一开始就参与照护目的与偏好，以及预立照护计划，有效并及时地管理症状，最终使得患者、家属、医护人员乃至医疗系统都受益其中。

然而，建立缓和医疗共同管理模式是需要条件的。首先，加强安宁缓和医疗相关政策建设。缓和医疗发展的主要障碍在于缺乏国家层面的策略、监管框架和以及资金不足。新的照护管理模式意味着新的法规、补贴、工作指导，以支持医院具体工作。例如医保覆盖用于症状管理的基本药物，指定不同场景下缓和医疗实践的具体指南，建立缓和医疗服务的质量指标，以及法律以保证缓和医疗的覆盖率与可及性。其次，提高公众对缓和医疗理念的意识，建立对缓和医疗的正确观念。重新命名一些必要的缓和医疗服务名称，用合适的方式向大众解释缓和医疗的实践内容，与医院各科室合作向患者普及缓和医疗的必要性，都是可以促进社会对缓和医疗认知的方法。只有广大民众知道了这个学科的存在，并主动向自己的主治医生要求缓和医疗的干预，才可以有效推动医院内共同管理的建设。另外，医护人员也需要通过继续教育与定期培训提高缓和医疗知识，并改善对缓和医疗的看法。缓和医疗是可以和常规的治疗同时进行的，并且干预的时间是越早越好，缓和医疗也不是放弃治疗的表现，反而，它可以有效提高患者的生活质量，用更好的心态与状态来面对疾病、控制疾病。医护人员需要基本的缓和医学知识，清楚合适会诊缓和医学专科医生，并启动共同管理模式。最后，医院需要根据自身条件、硬件设备、经济资源，以及缓和医疗发展现状，选择适合的共同照护模式，由浅至深，循序渐进的增加缓和医疗与各科室的合作程度，建立更长久，更有持续性的合作关系，为患者带来更好，更有经济成本效益的医疗体验。

参考文献

【1】 **World Health Organization.** Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers [R]. (2016-02-16) [2022-12-17]. https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers

【2】 **郑企峰，林承霈、蕭勝煌.** 提升死亡識能以提供高品质晚期癌症照护[J]. 台北市医学杂志, 2018, 15: 54-60

【3】 **宁晓红.** 三级医院院内缓和医疗会诊服务实践探讨 [J].中国临床保健杂志, 2021, 24(1):7-9.

【4】 QS13, End of life care for adults [S].

【5】 **C Smith, E Nelson, A Berman, et, al.** Lung cancer physicians' referral practices for palliative care consultation [J]. Annals of Oncology, 2012, 23 (2): 382-7

【6】 **E McCormick, E Chai, D Meier.** Integrating palliative care into primary care [J]. The Mount Sinai Journal of Medicine, 2012, 79 (5): 579-85

【7】 **World Health Organization,** Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care [R]. (2018-10-16) [2023-05-10]. https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care

【8】 **J Temel, J Greer, A Muzikansky, et, al.** Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer [J]. The New England Journal of Medicine, 2010; 363:733-42

【9】 **G KypriotakisJ. D Vidrine, L Francis, et, al.** The longitudinal relationship between quality of life and survival in advanced stage cance [J]. Psychooncology, 2016 25 (2): 225-31

【10】 **J Vermylen, E Szmuilowicz, R Kalhan**. Palliative care in COPD: an unmet area for quality improvement [J]. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2015 Aug 6;10:1543-51

【11】 **I Higginson, C Bausewein, C Reilly, et, al.** An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial [J]. lancet Respiratory Medicine. 2014, 2(12):979-87

【12】 **CH Poi, YH Koh, HY Neo, et, al.** Palliative Care in a COVID-19 Intenstive Care Unit (ICU): Challenges and Recommendations for Palliative Care Teams in a Pandemic ICU [J]. Annals of the Academy of Medicine, 2020, 49 (7):517-22

【13】 **S Agren, L Evangelista, A Stromberg**. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? [J]. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2010, 9(4): 254–62.

【14】 **S Agren, L Evangelista, C Hjelm, et, al.** Dyads affected by chronic heart failure: a randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners [J]. Journal of Cardiac Failure, 2012, 18(5):359-66.

【15】 **黄桃英.** ICU 病人家属共享决策参与能力现状 及影响因素分析 [J]. 全科护理, 2023, 21 (9): 1285-88

【16】 **章志伟**. 南昌市三甲医院 ICU 护士道德困境与职业倦怠相关性研究 [D]. 南昌：南昌大学护理学院, 2014

【17】 **KG Sahlen, K Boman, M Brannstorm.** A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial [J]. Palliative Medicine, 2016, 30(3):296-302

【18】 **P Paes.** A pilot study to assess the effectiveness of a palliative care clinic in improving the quality of life for patients with severe heart failure. Palliative Medicine, 2005, 19(6):505-6.

【19】 **H Han, J Yeh, M McNichol, et, al.** Delivering Palliative Care to Hospitalized Oncology Patients: A Scoping Review [J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2023, 65(2):e137-53.

【20】 **D Weissman, D Meimer**. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care [J]. Journal of Palliative Medicine, 2011, 14(1):17-23

【21】 **R Riedel, K Slusser, S Power, et, al**. Improvements in Patient and Health System Outcomes Using an Integrated Oncology and Palliative Medicine Approach on a Solid Tumor Inpatient Service [J]. Journal of Oncology Practice, 13(9): e738-48

【22】 **G Yang, R Kanesvaran, HS Neo, et, al.** Pilot Study of a Palliative Care and Medical Oncology Co-Rounding Model for Advanced Cancer Inpatients

in a Tertiary Hospital in Singapore [J]. Journal of Palliative Medicine, 2018, 21(1):95-98

【23】 **D Cook, G Rocker.** Dying with Dignity in the Intensive Care Unit List of authors [J]. The New England Journal of Medicine. 2014, 370: 2506-514

【24】 **P Lanen, P Teey, H Delisser, et, al.** An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses [J]. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2008, 15;177(8):912-27

【25】 **C Davila, L Cartahena, S Byrne-Martelli, et, al.** Creating a Dedicated Palliative Care Team for ICU Spanish Speaking Patients in Response to COVID-19 [J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2023, 65(4):e315-20

【26】 **D Heyland, G Rocker, P Doedek, et, al.** Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study [J]. Critical Care Medicine, 2002, 30(7):1413-8

【27】 **T October, K Dryden-Palmer, B Copnell, et, al.** Caring for Parents After the Death of a Child [J]. Pediatric Critical Care Medicine, 2018, 19(8): S61–S68

【28】 **S Morris, K Fletcher, R Goldstein.** The Grief of Parents After the Death of a Young Child [J]. The Journal of Clinical Psychology in Medical, 2019, 26(3):321-38

【29】 **YH Koh, JF Lee, S Montalban, et, al.** ED-PALS: A Comprehensive Palliative Care Service for Oncology Patients in the Emergency Department. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 2019, 36(7):571-76

【30】 **J Hasselaar, S Payne**. Integrated Palliative Care [R]. Nijmegen, The Netherlands, 2016